

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DIAMELYS LAZARA MARTINEZ PERAZA

A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA COMO UM FATOR DE RISCO NA COMUNIDADE METROPOLITANA, DO MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES – MINAS GERAIS.

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

DIAMELYS LAZARA MARTINEZ PERAZA

A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA COMO UM FATOR DE RISCO NA COMUNIDADE METROPOLITANA, DO MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES – MINAS GERAIS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

DIAMELYS LAZARA MARTINEZ PERAZA

A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA COMO UM FATOR DE RISCO NA COMUNIDADE METROPOLITANA, DO MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES – MINAS GERAIS.

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora.

Prof. Edison José Corrêa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 12/10/2015.

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, que ainda na distância são fonte de permanente inspiração.

À minha mãe, esposo, familiares e todos os amigos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me ajudar nos momentos difíceis de saudade de minha família e meu país.

A minha família por seu amor incondicional e apoio além da distância.

A orientadora Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo por ter aceitado o convite para avaliação deste trabalho assim como sua ajuda e colaboração.

"A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo uma vez possuída"

Confúcio

RESUMO

O trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para o enfrentamento de um problema, considerado como prioritário, na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Metropolitano, situada na região 2, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, onde, além dos 465 casos oficialmente cadastrados como pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), 65 foram diagnosticados como casos novos, todos associados a múltiplos fatores de riscos, sem acompanhamento. Para elaboração da proposta de intervenção para o controle da incidência de hipertensão arterial nos pacientes cadastrados foram executadas três etapas: elaboração do diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação, utilizando o Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. As causas do problema, selecionadas como nós críticos, foram: hábitos ou estilos de vida inadequados, baixo nível de informação da população, trabalho inadequado da equipe para enfrentar o problema. As três operações propostas para o enfrentamento dos nós críticos foram: modificar hábitos e estilos de vida, aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos e as complicações da hipertensão arterial, busca ativa de hipertensos não diagnosticados assim como a criação de uma agenda com programação das consultas e visitas ao domicílio dos pacientes com fatores de riscos e aos já diagnosticados tratando-se de melhorar a estrutura do serviço para os atendimentos. Além disso, foram feitas uma análise de viabilidade das operações e uma proposta de acompanhamento e avaliação do plano de ação. A elaboração do plano de ação possibilitou à equipe da Estratégia Saúde da Família Metropolitano perceber a importância de utilizar um método de planejamento como ferramenta para organização do processo de trabalho e com isto espera-se um melhor controle dos pacientes com fatores de riscos para evitar a HAS e de os já diagnosticados para evitar complicações futuras.

Palavras-chaves: Hipertensão. Fatores de risco. Educação em Saúde. Estilo de vida. Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

The work aimed to draw up a plan of action to deal with a problem, considered as a priority, in the area of the family health strategy located in the region Metropolitan 2, Ribeirão das Neves, municipality in Minas Gerais, where in addition to 465 cases officially registered as patients with systemic hypertension (SH), 65 were diagnosed as new cases, all associated with multiple risk factors without accompaniment. For drafting the proposal for intervention to control the incidence of hypertension in patients enrolled were carried out three steps: preparation of the Situational diagnosis, review and preparation of the plan of action, using the Situational strategic planning simplified. The causes of the problem, selected as us critics, were: inappropriate lifestyles or habits, low level of information of the population, inadequate work of the team to face the problem. The three proposals for tackling the us critics were: modifying habits and lifestyles, increase the level of information of the population about the risk factors and complications of hypertension, active search of hypertensive patients not diagnosed as well as the creation of a programming schedule of consultations and home visits for patients with risk factors and those already diagnosed case of improving the structure of the service for the attendances. In addition, a feasibility analysis of operations and a proposal for monitoring and evaluating the action plan. The action plan has enabled the team at Metropolitan Family Health Strategy realize the importance of using a method of planning as a tool for organization of the work process and hopes to better control of patients with risk factors to prevent SH and those already diagnosed to prevent future complications.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Health education. Life style. Strategic planning.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Identificação do município	10
1.2 Histórico da criação do município	10
1.3 Aspectos geográficos	12
1.4 Aspectos socioeconômicos	12
1.5 Sistema local de saúde	14
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 Hipertensão arterial sistêmica	18
5.2 Estilo de vida	20
5.3 Educação em Saúde	22
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Identificação dos problemas	24
6.2 Seleção do problema prioritário de saúde	24
6.3 Caracterização do problema	25
6.4 Descrição do problema	25
6.5 Explicação do problema	26
6.6 Seleção dos nós críticos do problema prioritário e operações	26
6.7 Identificação dos recursos críticos e viabilidade	28
6.7 Elaboração do plano operativo	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Ribeirão das Neves faça parte da região Metropolitana de Belo Horizonte. Situado ao noroeste de Belo Horizonte, distando da capital aproximadamente 32 km, ocupa 4,1% da área total da região Metropolitana de Belo Horizonte. O município está dividido em cinco regiões sanitárias: Região I (Central), Região II (Veneza) e regiões III, IV, V (Justinópolis). Possui uma população de 296.317 habitantes (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

1.2 Histórico da criação do município

As primeiras referências sobre o município Ribeirão das Neves são do início do século XVIII, o qual se denominava "Matas de Bento Pires". Em 1745 o mestre de campo Jacinto Vieira da Costa obtém o título de sesmaria de uma porção de terra na região central e dois anos mais tarde constrói uma capela dedicada a Nossa Senhora das Neves, o que da origem ao nome "Fazenda das Neves". Em 1746, foi construído o engenho da Fazenda das Neves. Em 1760 morre Jacinto Vieira da Costa e tendo oito filhos ilegítimos, lega seus bens ao filho Antônio Vieira da Costa. Isso gerou um conflito que durou até 1796, quando este falece, sem ter herdeiros legítimos. Os bens foram levados a leilão, e as fazendas das Neves e Carijós foram arrematadas pelo capitão José Luiz de Andrade, português, morador da Vila de Sabará, iniciando um novo período na história do município. Em 1820 foi criada uma Guarda-Moria nas Capelas de Nossa Senhora das Neves e Santo Antônio da Venda Nova. A lei Providencial de 15 de setembro de 1827, reforçada pelo decreto de 11 de setembro de 1830, eleva a Neves a Distrito de Paz, com uma população aproximada de 1.241 habitantes. No período em que Neves foi distrito de 1827 a 1846 existe uma grande quantidade de documentos tais como mapas de população, lista de juizes de Paz, fiscais e procuradores subalternos. Existiu no distrito das Neves na região de campanha, a primeira fábrica de fios de algodão de Minas Gerais, fundada por volta de 1830 por Antônio Luiz de Avellar. Neves perdeu sua condição de distrito em 1846 através do pedido do então vereador Padre José Maria de Andrade, visto as condições precárias da capela e o aumento da população é criado então, o distrito de

Venda Nova, ao qual Neve e' anexado. Mesmo tendo perdido o distrito a capela continuou funcionando e os registros de batizados e casamentos realizados na mesma estão no livro de registros de Curral de Rey e abrange o período de 1831 a 1916. O padre morreu no dia 6 de dezembro de 1975 e foi sepultado no interior da capela de Neves. Em seu testamento ele citou e reconheceu seis filhos. Após da sua morte Neves foi anexada ao distrito de PindaHybas (Lei nº 2.041 de 01/12/1873) atual Vera Cruz de Minas (Pedro Leopoldo) com a qual permaneceu até 1911 quando ambas foram anexadas ao recém-município de Contagem (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Em 1927, o Estado de Minas Gerais adquire as fazendas do Mato Grosso e parte da Fazenda de Neves para construção de uma Penitenciária Agrícola que impulsiona o crescimento populacional. Em 1938, Contagem perde sua autonomia de município e é anexada a Betim juntamente com todos os seus distritos, incluindo Neves e Campanha. Neste mesmo ano, foi inaugurada a Penitenciária Agrícola de Neves. Por cinco anos, Neves pertenceu a Betim, quando foi então, anexado ao município de Pedro Leopoldo, criado no ano de 1943. A mesma lei que transfere o distrito de Neves para Pedro Leopoldo altera seu nome para Ribeirão das Neves que, mais tarde, se torna município através da lei nº1.039 de 12 de dezembro de 1953 sendo anexado ao seu território o distrito de campanha com o nome alterado para Justinópolis e o povoado de Areias Contagem (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

1.3 Aspectos geográficos

O município tem uma área total de 157,41km² com uma concentração populacional de 1931,92 hab./km². Tem aproximadamente domicílios 94.791 domicílios e com 85.239 famílias. (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

1.4 Aspectos socioeconômicos

A taxa de Urbanização do município é de 99,07% e a renda familiar *per capita* média de Ribeirão das Neves, cresceu 102,59% nas últimas duas décadas, passando de R\$236,82 em 1991 para R\$ 319,28 em 2000 e R\$479,77 em 2010. A extrema pobreza é medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$70,00, de agosto de 2010 passou a 13,65% em 1991 para 6,41% em 2000 e para 2,21% em 2010. A desigualdade diminuiu o índice de Gini passou de 0,45 em 1991 para 0,43 em 2000 e para 0,39 em 2010 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Os dados que mais impactam na avaliação do município são os percentuais de água tratada, em relação à população, bem como de coleta e tratamento de esgoto, Ribeirão das Neves esta no lugar 46 do ranking nacional de saneamento básico. O ranking do Instituto Trata Brasil, que é publicado desde 2007 sempre com dados de dois anos anteriores, fornecidos pelo próprio governo federal- considera três grupos de análise, nível de cobertura, melhora da cobertura e nível de eficiência dos serviços. Em relação à água tratada de acordo com o instituto as cidades mais bem colocadas, incluindo os nove municípios mineiros atingiram índice de 92,2% de eficiência na prestação destes serviços taxa considerada superior a media nacional que é de 82,4%, a taxa de tratamento de esgoto ficou em 38,5% nas cidades mais bem colocadas dentro delas Ribeirão das Neves em quanto no Brasil foi de 37,5%. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL, 2013).

Quadro 1 Indicadores de habitação do município Ribeirão das Neves, Minas Gerais

ANO	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	84,16	90,95	97,97
% da população em domicílios com energia elétrica	98,32	99,61	99,83
% da população em domicílio com coleta de lixo	21,91	73,27	97,03

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Ribeirão das Neves, MG (2013).

O município tem forte o setor terciário, possuem atualmente algumas lojas importantes como: Ricardo Eletro, Casa Bahia, Drogaria Araújo, Amigão Calçados, Supermercados Bretas, Apoio Mineiro, Maxi atacado, EPA, Vinagre Di casa, Grupo em Brasil, entre outros. Esses tipos de comércio fortalecem o crescimento do município, pois é um comércio em crescimento que ainda emprega uma parte da população economicamente ativa. Atualmente, esse título de "cidade dormitório" já não pode ser usado, devido aos altos números da migração pendular obtidos pela cidade.

A população do município concentra-se nas faixas de idade acima de 25 anos. Pelo Quadro 2 pode-se visualizar a distribuição da população por faixa de idade.

Quadro 2- Distribuição da população (296.317 hab.) do município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, por faixa de idade, 2010.

Idade	Até 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 ou mais
População	4.496	18.031	25.108	29.021	27.376	28.403	79.180	63.677	21.025

Fonte: IBGE Censo Demográfico de 2010.

A população do município é predominantemente urbana, posto que, 294.153 habitantes residem na cidade e apenas 2.164 residem na área rural.

1.5 Sistema local de saúde

A população que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde está em torno de 89,8%. A implantação da Estratégia Saúde da Família no município aconteceu em 1996. Atualmente conta com 53 equipes de Saúde da Família, seis equipes da Saúde Bucal, três Núcleos de Apoio as Equipes de Saúde (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e cinco Unidades Básicas de Referências (UBR). As equipes de saúde da família cobrem 53% da população; os demais são cobertos pelas Unidades Básicas de Referências.

O município possui ainda duas Unidades de Pronto Atendimento e um uma Unidade Hospitalar – Hospital São João de Deus. O atendimento de Alta Complexidade é encaminhado para Belo Horizonte.

O município conta com os seguintes servidores atuando no setor saúde: 66 profissionais comissionados, 891 profissionais concursados e 904 profissionais contratados.

Na Unidade Básica de Saúde Metropolitana inclui-se a Equipe de Saúde da Família que conta com os seguintes servidores: uma médica (a autora desse trabalho), um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais. A equipe tem sob sua responsabilidade 957 famílias, e uma população de 4525 pessoas.

Quando realizamos o diagnóstico situacional da população residente no território da unidade básica de saúde Metropolitana, verificamos que a maior demanda de atendimento era por troca de receita para suprimento de medicamentos e por pacientes com doenças crônicas não transmissíveis descompensadas, sendo a diabetes e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) as que mais buscavam atendimento no serviço de saúde. O levantamento dos inúmeros problemas levou-nos, juntamente com a equipe de saúde da unidade a fazer uma priorização dos mesmos e ainda selecionar aquele que, naquele momento deveríamos atuar. Foi, portanto selecionado como prioritário a HAS considerando os fatores de risco que esta doença expõe a população quando esta não é acompanhada e tratada adequadamente,

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um problema de saúde em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência, assim como sua associação à elevada morbidade e mortalidade devido às complicações que surgem em seu curso.

Nas consultas que foram feitas, na nossa unidade encontramos um número elevado de pacientes com HAS diagnosticada pela primeira vez e todos com presença de diversos fatores de riscos (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010).

Este trabalho se justifica pela alta incidência de pacientes com idade acima dos 18 anos com níveis pressóricos elevados e pelos riscos de complicações aumentadas e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que na unidade temos recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, portanto, a proposta foi considerada como viável.

3 OBJETIVOS

Geral

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência da hipertensão arterial na população do Programa de Saúde da Família Metropolitano de Ribeirão das Neves, Minas Gerais..

Específicos

Relatar os fatores de riscos que determinam a incidência da hipertensão arterial na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Metropolitano.

Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

Apresentar projeto de intervenção para cada problema intermediário (nó crítico).

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção para o controle da incidência de hipertensão arterial nos pacientes cadastrados na PSF Metropolitano foram executadas três etapas:

- Elaboração do diagnóstico situacional baseado no método da estimativa rápida conforme as orientações contidas no módulo de planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Este método constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo.
- Revisão bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. A pesquisa foi realizada por meio dos seguintes descritores:
Hipertensão. Fatores de risco. Educação em saúde. Estilos de vida. Planejamento estratégico
- Elaboração do plano de ação.

Foram também utilizados os registros existentes na unidade, tais como: as fontes registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e registros da equipe.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema grave de saúde pública mundial, devido à sua alta incidência (CHAVAGLIA; SILVA, 2010).

A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 mmHg para a diastólica (WHITWORTH, 2003). A HAS é definida como “pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.14).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A medida da pressão arterial (PA) é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) apresentam a classificação dos níveis de pressão arterial para adultos acima de 18 anos (Quadro 3). Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, 24,3% da população brasileira tem hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

Quadro 3 - Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos.

Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)	Classificação
Menor que 130	Menor que 85	Normal
130-139	85-89	Normal limítrofe
140-159	90-99	Hipertensão leve (estágio I)
160-179	100-109	Hipertensão moderada (estágio II)
Igual ou maior 180	Igual ou maior que 110	Hipertensão grave (estágio III)

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p.14)

Estima-se que 90% dos casos de HAS sejam de origem desconhecida. Os dados colhidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde sobre os fatores de risco e proteção para doenças crônicas, por meio de inquérito telefônico, verificou que a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi maior em mulheres com 26,9% do que em homens que foi de 21,3% (BRASIL, 2013).

As dificuldades de controle da HAS muitas vezes estão relacionadas às características da doença (evolução lenta, caráter assintomático, etc.) que fazem parecer que não precise de cuidado (SKOREK; SOUZA; FREITAS, 2013).

Assim, os portadores não sentem necessidade de modificar os hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença (SANTOS; LIMA, 2008).

Para Bloch; Rodrigues e Fizman (2006) o conhecimento dos fatores de risco que contribuem para o agravamento da HAS é fundamental para traçar estratégias que possam contribuir para a redução desse problema de saúde pública.

A hipertensão é considerada também um fator de risco o mais importante e evitável nos casos de morte prematura à escala mundial. Aumenta significativamente o risco de cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, doença arterial periférica, e outras doenças cardiovasculares, incluindo insuficiência cardíaca, aneurisma da aorta, aterosclerose e embolia pulmonar; constitui ainda um fator de risco para a insuficiência renal crônica e para os transtornos cognitivos como perturbações da

memória e períodos de confusão e mesmo demência. Outras complicações podem ainda incluir retinopatia hipertensiva e nefropatia hipertensiva (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

5.2 Estilos de vida

Os fatores de riscos tem relação direta com os estilos de vida, existem fatores não modificáveis e modificáveis os quais influem e determinam a aparição das doenças. (WETZEL JR; SILVEIRA, 2005).

Entende-se por não modificáveis a idade, sexo, raça e a herança familiar, o que quer dizer que há uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade já que com o envelhecimento aumenta-se o risco de desencadear a doença, também a prevalência global entre homens e mulheres é semelhante embora seja mais elevada nos homens até 50 anos e para mulheres a partir dos 60. Assim como a maior propensão que tem os indivíduos que já tem um histórico na família. Em relação à raça é mais frequente nos negros (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Os fatores de riscos modificáveis determinam estilos de vida nas pessoas, de ali a importância da promoção de saúde e a prevenção de complicações baseadas na abordagem dos mesmos.

Sendo eles: a hipercolesterolemia, obesidade, consumo excessivo de sal, sedentarismo, consumo de álcool e tabaco, estresse e outros aspectos psicológicos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Uma das mudanças de estilos de vida é uma boa nutrição que é um fator significativo na determinação do estado de saúde e longevidade (FERREIRA; SILVA; GENESTRA, 2009).

De acordo com Olmos e Benseñor (2001) a mudança de hábitos de vida é considerada uma das ferramentas mais importantes para redução efetiva da pressão arterial. E uma mudança de hábito importante na prevenção e controle da HAS é a reeducação alimentar (SANTOS CAETANO; MOREIRA, 2011).

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2006, p. 25).

Os efeitos benéficos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais; pobre em gorduras) sobre o comportamento da pressão arterial já estão bem estabelecidos na literatura (PARIKH; LIPSITZ; NATARAJAN, 2009).

A mudança de hábitos de vida é uma tarefa difícil, entretanto, a educação em saúde é uma ótima opção para conduzir as pessoas a essas mudanças (SANTOS; LIMA, 2008). A Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como *locus* onde as questões relacionadas aos hábitos de vida podem ser trabalhadas junto à comunidade (FAJARDO, 2006).

Outra mudança de hábito importante na prevenção e controle da HAS é a prática de atividade física (KRINSKI *et al.*, 2006).

De acordo com o American College Sports Medicine (2009) a atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal que é produzido pela contração da musculatura esquelética e que aumenta o gasto de energia. O sedentarismo aumenta a incidência de HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Já está comprovado que pessoas sedentárias têm maior chance de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas ativas (GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007).

O efeito protetor da atividade física está relacionado não só à redução da pressão arterial, mas também, à redução dos fatores de risco cardiovasculares e à menor morbimortalidade (NOGUEIRA *et al.*, 2012).

De acordo com Rondon e Brum (2003), quando as atividades aeróbias são realizadas de forma regular, podem-se verificar adaptações autonômicas e hemodinâmicas que

vão influenciar o sistema cardiovascular. Entre as adaptações, destaca-se a redução dos níveis pressóricos.

O consumo de cigarros e o uso abusivo de bebidas alcoólicas estão associados ao incremento dos níveis pressóricos. Os grupos de tabagismo e de pessoas com adição ao álcool criados nas unidades de saúde tem sido de grande importância para as mudanças de hábitos inadequados de vida, com o qual se a obtido uma resposta favorável e de aceitação de quer mudar sua condição considerada como fator de risco. O estresse da vida moderna de conjunto com outros aspectos psicológicos também aumentam a pressão arterial pelo que podemos dizer que o estilo de vida influi na aparição da doença (MINAS GERAIS, 2007, p.17).

“Incorporar novas práticas saudáveis que possam trazer benefícios à população é um dos desafios impostos a toda a estrutura da atenção básica” (SIQUEIRA *et al.*, 2009, p.203). Contudo, as atividades educativas devem fazer parte da rotina dos profissionais de unidades básicas de saúde, para que consigam maior difusão de comportamentos saudáveis entre a população da área de cobertura dos serviços.

5.3 Educação em Saúde

O processo de educação e uma estratégia fundamental para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, já que nos permite por meio da aquisição de conhecimentos incentivarem mudanças de comportamentos tanto os que estão em relação com os fatores de riscos cardiovascular e com a própria doença. (MINAS GERAIS, 2007, p.18).

Uma ótima estratégia é o atendimento realizado de forma organizada, humanizada através de consultas médicas, e de conjunto como ações em grupo, como visitas domiciliares por os ACS (Agente comunitário de saúde), acompanhamento do enfermeiro e auxiliar de enfermagem o que fazem que os pacientes sintam se mais valorizados, o que aumenta o vínculo Comunidade/Equipe de Saúde e assim melhora a adesão ao tratamento obtendo-se uma mudança nos resultados, com maior tendência ao positivo.

A educação em saúde na Atenção Básica, em especial na Estratégia Saúde da Família, é um dos principais elementos no processo de capacitação da comunidade para promover a sua melhoria; e uma ferramenta de promoção a saúde por isso é que desenvolvemos este projeto de intervenção em nossa área de abrangência, com a convicção de que as propostas de práticas educativas e o desenvolvimento delas são capazes de melhorar a qualidade de vida da população com hipertensão já que transforma estilos de vida (WESCHESFELDER; GUE, 2012).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação dos problemas

A pesar do pouco tempo de atividade no PSF Metropolitano, percebe-se que existem pontos que devem ser melhorados tanto estruturalmente como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico a equipe destacou:

- Alta incidência de hipertensão arterial por elevada prevalência de fatores de riscos.
- Alta prevalência de doenças psiquiátricas de origem multifatorial.
- Alto índice de gestantes adolescentes por atividade sexual precoce, falta de informação e comunicação em casa.
- Alto índice de doenças parasitárias por deficiência de hábitos higiênicos-sanitários.
- Alta prevalência de doenças oftalmológicas por exposição a radiações, traumatismos ou consequências de outras doenças crônicas.
- Desemprego

6.2 Seleção do problema prioritário de saúde

Elaborando uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional de minha área de abrangência, e tendo em conta a distribuição dos pontos conforme sua urgência, definindo-se a solução do problema para ver se está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto e numerando os mesmos por ordem de prioridade. A equipe escolheu a alta incidência de hipertensão arterial por a elevada prevalência de fatores de riscos como problema prioritário.

Quadro 4 - Priorização dos problemas de saúde da comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Metropolitana, em Ribeirão das Neves, Minas Gerais,

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de hipertensão arterial	Alta	8	Parcial	1
Alta prevalência de doenças psiquiátricas	Alta	5	Parcial	4
Alto índice de gestantes adolescente	Alta	7	Parcial	2
Alto índice de doenças parasitárias	Alta	6	Parcial	3
Alta prevalência de doenças oftalmológicas	Alta	5	Parcial	5
Desemprego	Alta	4	Parcial	6

6.3 Caracterização do problema

A doença não transmissível como a hipertensão arterial sistêmica compõe dois terços de todas as mortes no mundo, devido à propagação de fatores de riscos associados à globalização e à urbanização. O controle dos fatores de risco como o tabagismo, sedentarismo, obesidade, sobrepeso, uso excessivo de álcool, dislipidemias se torna más critico tendo em conta que muitos dos pacientes não sabem que tem a doença, o que significa que a maioria está predisposta a complicações futuras.

6.4 Descrição do problema

Consiste em caracterizá-lo para ter uma ideia de sua dimensão e utilizamos dados fornecidos por o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e por registros da Equipe.

Quadro 5 - Os indicadores de hipertensão arterial sistêmica,

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados	465	Registros da equipe
Casos novos de hipertensão arterial registrado até os momentos	65	Registros da equipe
Sobrepesos	246	Registros da equipe
Obesos	195	Registros da equipe
Sedentarismo	215	Registros da equipe
Tabagistas	268	Registros da equipe
Dislipidemias	156	Registros da equipe
Alcoólatras	196	Registros da equipe

6.5 Explicação do problema

Nosso problema prioritário foi o aumento da incidência de hipertensão arterial a qual ocupa um lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica que tem resultado em uma predominância dos agravos crônicos, não transmissíveis como principal causa de morbimortalidade da população.

6.6 Seleção dos nós críticos do problema prioritário

Definimos os nós críticos como o tipo de causa de um problema que quando é atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Selecionamos como nós críticos as situações onde a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e pode ter um impacto importante sobre o problema prioritário. São eles:

- Hábitos ou estilos de vidas inadequados.
- Baixo nível de informação da população.
- Trabalho inadequado da equipe para enfrentar o problema.

A partir dos nós críticos foram identificadas operações/projetos necessários para sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos para sua execução.

Quadro 6 - Desenho das operações

Nós críticos	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vidas inadequados	Modificar hábitos e estilos de vidas	Diminuir número de pacientes sedentários, sobrepeso, obesos, tabagista, alcoólatras e com dislipidemias.	Grupos de discussão e dramatização Programa de caminhada	Cognitivo: Elaboração de um projeto de linha de cuidado e de protocolo Brindar informação sobre hipertensão Organizacional: Adequação de um espaço físico e equipamento além de organizar agenda de trabalho e caminhadas Econômicos: Recursos áudio visuais e folhetos educativos
Baixo nível de informação da população	Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos e as complicações da hipertensão arterial	População mais Informada	Campanhas educativas na rádio local Material educativo (folhetos)	Cognitivo: Conhecimentos sobre hipertensão arterial Financeiro: Para elaboração dos materiais educacionais Recursos audiovisuais Político: Mobilização social Organizacional: Organizar a agenda de trabalho
Trabalho inadequado da equipe no enfrentamento do problema	Busca ativa de hipertensos não diagnosticados Agenda com programação de consultas e visitas ao domicílio aos pacientes com fatores de riscos e aos já diagnosticados Organizar a estrutura do serviço para melhorar o atendimento	Agenda bem organizada Satisfação do usuário por o atendimento programado Terminar com as filas nos postos de saúde	Maior nº de pacientes com controle de fatores de riscos, assim como os já diagnosticados. Acompanhamento dos ACS em visitas domiciliares Programação cada mês das atividades de promoção	Organizacional: Organizar a agenda com visitas a domicílios e consultas periódicas Aquisição de Referências e contra referências

6.7 Identificação dos recursos críticos e viabilidade

O objetivo é reconhecer que recursos são indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis (Quadro 7). É importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos para criar estratégias para viabilizá-los (Quadro 8).

Quadro 7 - Recursos críticos para enfrentamento dos nós críticos do problema aumento da incidência de hipertensão arterial

Vida saudável	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos Político: Articulação entre os setores de saúde adesão dos profissionais
Aumento do conhecimento	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais e folhetos educativos Financiamento dos projetos Políticos: Articulação Intersectorial e mobilização social Organizacional: Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).
Melhor acompanhamento	Político: Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde Financiamento: Para a contratação dos profissionais especializados e médicos do PSF e compra de medicamentos para conseguir o 100% da cobertura
Linha de cuidado	Político: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais

Quadro 8 - Análise da viabilidade do plano

Operações Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Modificar hábitos de vida inadequados	Econômico ou financeiro: Recursos audiovisuais Folhetos educativos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Organizacional: Estimular à população para a participação em atividade de promoção, caminhadas assim como atividades em grupo.	Setor de comunicação social Secretário de saúde Equipe de saúde	Favorável	Apresentar um projeto de intervenção educativa
Aumentar nível de informação da população	Político: Articulação com secretária da saúde Financeiro : Adquirir material educativo, folhetos.	Equipe de Saúde Secretária de saúde	Favorável	Apresentar projeto de intervenção educativa por meio de promoção
Reorganização do trabalho para melhorar os atendimentos	Políticos: Articulação entre os setores assistenciais da saúde Organizacional: Organizar o atendimento acorde à agenda	Secretária de saúde Equipe de saúde da família	Favorável	Não e' necessário

6. 7 Elaboração do plano operativo

O papel fundamental é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas pelos responsáveis designados para cada projeto, assim como o estabelecimento dos prazos para obter os resultados de forma adequada.

Quadro 9 - Plano operativo

Operações	Resultados	Produto	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar hábitos ou estilos de vida pouco saudáveis	Diminuir o número de fatores de riscos e assim o número de pacientes hipertensos	Aumentar o número de consultas programadas e visitas ao domicílio Implantar programa de caminhadas Estabelecer campanhas educativas na radio local	Apresentação do projeto de intervenção	Médico Enfermeiro Técnico de enfermagem Núcleo de apoio à família	Seis meses
Aumentar o nível de informação da população	População informada sobre hipertensão e suas complicações	Palestras educativas Campanhas educativas na radio local Capacitar aos agentes comunitários Grupo operativo	Apresentação do projeto de intervenção	Médico Enfermeiro ACS	Três meses
Reorganizar o processo de trabalho com adequação da agenda Busca ativa de pacientes hipertensos	Aumentar o número de controle de hipertensão Conhecer a população de risco Aumentar o número de pesquisa	Maior número de pacientes controlados Programar atividades mensalmente	Implementação do projeto	Medico Enfermeiro Coordenador de atenção básica	Três meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborar o plano de ação para o controle daqueles pacientes diagnosticados como casos novos de hipertensão arterial, os casos já existentes e pacientes com fatores de riscos de esta doença, a equipe percebeu a importância de fazer este trabalho de conjunto.

A proposta de intervenção é viável no contexto de nossa equipe de saúde da família, podendo influenciar na qualidade de vida da população atendida. Este plano de ação abrange todas as operações a desenvolver para resolver o problema prioritário da população atendida e estudada, vai garantir a eficiente utilização dos recursos promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. É uma forma de enfrentar os problemas mais sistematicamente, sendo fundamental que a equipe acompanhe cada passo e os resultados das ações implementadas para garantir a qualidade do trabalho.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 47, n. 7, p.1510-1530, 2009.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Perfil Municipal – Ribeirão das Neves/MG**. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL- Seção Minas Gerais. (ABES-MG; 2013)

BLOCH, K.V.; RODRIGUES, C.S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev Bras Hipertens**. v. 13, n.2, p. 134 -143, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigie Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS F. C.; FARIA H. P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHAVAGLIA, A. F.; SILVA, C. A. **Análise dos Fatores de Risco Cardiovascular na Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2010. Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia, Universidade da Amazônia. Belém - PA, 2010.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária a Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** V.1, n. 4, p.107-118, 2006.

FERREIRA, N.; SILVA, M. N.; GENESTRA, M. Promoção da Saúde com Ênfase na Atividade Física e Alimentação Saudável. **Cadernos UNIFOA**. Ed. Esp., p.91-96, 2009.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm.** V. 23, n.6, p.782-787, 2010.

GRAVINA, G. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev. Bras. Hipertens.** V.14, n.1, p.33-36, 2007.

KRINSKI, K. *et al.* Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. **Revista digital.** Buenos Aires. V. 10, n.93, fev., 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** 2. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.198p.

NOGUEIRA, I. C. *et al.* Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.** V.15, n.3, p. 587-601, 2012.

OLMOS; R. D.; BENSEÑOR, I. M. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. **Rev Bras Hipertens.** V. 8, n.2, p. 221-224, 2001.

PARIKH, A.; LIPSITZ, S. R.; NATARAJAN, S. Association between a DASH-like diet and mortality in adults with hypertension: findings from a population-based follow-up study. **Am J Hypertens.** V.22, n.4, p.409-416, 2009.

RONDON, M. U. B.; BRUM, P.C. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens.** V. 10, n. 2, p. 134-139, abr/jun., 2003.

SANTOS, Z.M.S.A.; CAETANO, J.A.; MOREIRA, F.G.A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial - uma tecnologia educativa em saúde. **Ciência e saúde coletiva.** V.16, n.11, p. 4385-4394, 2011.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. **Texto & Contexto Enfermagem.** V. 17, n. 1, p. 9-97, jan/mar, 2008.

SIQUEIRA, F.V. *et al.* Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n.1, p.203-213, 2009.

SKOREK, J.; SOUZA, R. A.; FREITAS, J. G. A. Fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica em comunidade da periferia de Anápolis (GO). **Estudos**. V. 40, n. 2, p.165-175, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO SBH. **Dados de hipertensão arterial por capital**, 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435>
Acesso em: 30/09/2015.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq. Bras. Cardiol.** V. 95 (1 supl.1) p. 1-51, 2010.

WESCHESFELDER, M. D.; GUE, M. J. Hipertensão arterial: principais fatores de riscos modificáveis na estratégia saúde da família. **Rev Global**. V.11, n. 26, p. 344-353, 2012.

WETZEL JR. W.; SILVEIRA, M.P.T. Hipertensão arterial um problema de todos. **Rev Nursing**. V.81, n.7, p.70-75, fev., 2005.

WHITWORTH, J. A. International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. **Jornal of Hypertension**. V. 21, n.11, p.1983-1992, 2003.